

Suministro de test diagn3sticos de hepatitis C para centros de atenci3n a usuarios de drogas

Datos de contacto del centro solicitante*:

- Nombre del centro
- Direcci3n completa
- Persona de contacto
- Tel3fono
- Email
- ¿Tiene la acreditaci3n de su Comunidad Aut3noma para atender Trastornos Adictivos?

Datos de la Entidad de la que depende el centro solicitante*:

- Nombre de la entidad
- Direcci3n completa
- Dependencia jur3dica

Datos de contacto del representante legal de la entidad o, en su defecto, del responsable/director del centro:

- Nombre y apellidos
- Tel3fono
- Email

Tipo de test que solicita (indique el n3mero)*:

- Test r3pido de HCV en fluido oral¹
- Dispositivos para muestras de sangre seca²

El centro solicitante declara que cumple con los requisitos del programa DETECT-C^{3*}:

	S3	No
- Declara que en el momento de esta solicitud no tiene vigente ning3n otro programa o subvenci3n de Gilead Sciences que incluya test diagn3sticos para la detecci3n del VHC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Declara tener personal cualificado para la realizaci3n de las pruebas solicitadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Se compromete a informar a los pacientes del resultado de la(s) prueba(s). Si alguna de las pruebas es positiva, el centro se compromete a derivar al paciente al centro de asistencia sanitaria oportuna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En el caso de solicitar los dispositivos para muestras de sangre seca, el centro solicitante se compromete a remitir este tipo de muestras en buen estado de conservaci3n y transporte a un laboratorio cl3nico que tenga un protocolo establecido para analizar el ARN-VHC en los dispositivos para muestras de sangre seca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Declara que el n3mero de test diagn3sticos solicitados a Socidrogalcohol para el periodo de duraci3n del Convenio no supone m3s del 50% de la necesidad de suministro de tests para la hepatitis C del centro solicitante en un a3o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Defina el n3mero estimado de usuarios de su centro (por ejemplo, basado en el a3o anterior a la solicitud).	<input type="text"/>	

Los apartados marcados con (*) son obligatorios.

¹ El n3mero de test r3pidos de HCV en fluido oral solicitado debe ser m3ltiplo de 25. Siendo 25 el m3nimo n3mero solicitado.

² Para m3s informaci3n sobre el tipo de dispositivos para muestras de sangre seca y material adicional suministrado, por favor, dir3jase a info@detect-c.

³ La adjudicaci3n est3 sujeta a la comprobaci3n por parte de Socidrogalcohol y Gilead y el cumplimiento de los requisitos. En el caso de centros ubicados en Catalu3a, la solicitud tambi3n ser3 evaluada por la Sub-direcci3n General de Drogodependencias de Catalunya. Socidrogalcohol informar3 mediante email de la aceptaci3n o denegaci3n de la solicitud.

Firma

Y para que as3 conste se firma la presente solicitud en , a de del 20

Nombre:

Cargo:

Centro: